

RECRENCIALIZACION DE FARMACIAS

(Favor de llenar TODOs los Encasillados)

PERFIL DE LA FARMACIA

TIPO DE FARMACIA:

Hospital / CDT Comunidad Long Term Care Especializada Home Infusion

SERVICIOS QUE OFRECE:

Programa Adherencia Entrega al Hogar Vacunas Otros: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA:		FECHA DE ENVIO:	
NOMBRE DUEÑO(S) DE LA FARMACIA:			
NOMBRE ADMINISTRADOR (SI APLICA):		FARMACEUTICO REGENTE:	
AFILIACIONES A LAS QUE PERTENECE:		SOFTWARE PARA PROCESAR RECETAS:	
DIRECCION POSTAL:		DIRECCION FISICA:	
CORREO ELECTRONICO:	TELEFONO:	FAX:	
# SEGURO SOCIAL PATRONAL:	NABP:	NPI:	
HORARIO DE LA FARMACIA:			

ENVIAR POR FAX AL (787) 653-2856

